Aus der Königlichen psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Ein Fall von hysterischer Augenmuskellähmung bei traumatischer Neurose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schüren
aus Emden.

Kiel 1910.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königlichen psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Ein Fall von hysterischer Augenmuskellähmung bei traumatischer Neurose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schüren
aus Emden.

Kiel 1910.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 53.
Rektoratsjahr 1908/09.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Fischer,**
z. Zt. Dekan.

Meiner lieben Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0015

Das Krankheitsbild der „traumatischen Neurose“ ist in den letzten Jahren viel beschrieben und vielfach der Gegenstand des Meinungsaustausches geworden. Besonders ist Oppenheim derjenige gewesen, welcher bezüglich seiner Arbeit über die „traumatischen Neurosen“ angefochten wurde; er hat dies Thema sehr ausführlich behandelt. Er ist der Ansicht, daß die nach einem Unfall eintretenden Nervenstörungen von aus andern Gründen verursachten Nervenstörungen unterschieden werden müssen und nicht mit den Krankheitssymptomen der Hysterie zu verwechseln seien; viele andere Autoren jedoch behaupten, daß die Unfallneurosen keine von andern Neurosen zu trennende Symptome aufweisen, sie verwerfen daher auch den Ausdruck „traumatische Neurose“. Die Symptome der nach Unfall entstehenden Nervenstörungen sind in der Hauptsache mit denen der Neurosen und Psychosen, vor allem der Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie identisch, vielfach stellen sie auch ein Gemisch dieser Krankheitsformen dar. Der Fall, über welchen hier berichtet werden soll, zeichnet sich dadurch aus, daß nach jahrelanger Krankheitsdauer noch ein seltenes Symptom der funktionellen Neurosen, nämlich Augenmuskelstörungen, aufgetreten ist. — Über die Innervationsstörungen der Augenmuskeln ist noch verhältnismäßig wenig bekannt; die Seltenheit dieser Störungen bringt es mit sich, daß die Anschauungen der Autoren in dieser

Frage noch weit auseinandergehen. Oppenheim beobachtete einige Male bei traumatischer Neurose, daß die Bulbi bei Bewegungsversuchen erzitterten, womit gewöhnlich ein Blepharoclonus verbunden war. Derselbe Autor behauptet, daß nach seinen Erfahrungen wirkliche hysterische Augenmuskellähmungen nicht vorkämen, daß vielmehr letztere durch Kontrakturen vorgetäuscht würden, so daß man z. B. eine Lähmung des M. rectus externus vor sich zu haben denken könnte, während in Wirklichkeit eine Kontraktur des M. rectus internus bestände.

Schon Landouzy, Briquet, Terrier machten auf die Kontrakturen der Bulbusmuskulatur aufmerksam; sodann wurden Beobachtungen bekannt von Mengin (Arch. d'ophthalm., 1878), Manz (Berlin. Klin. Wochenschr., 1880) und Ullrich (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1882). In den Fällen von Terrier und Mengin werden die Kontrakturen der Augenmuskeln die Folge von neuralgischen Schmerzen in den Zahnalveolen. Bei dem von Manz beobachteten Patienten bestand eine Kontraktur des M. rectus internus, die von einer spastischen konjugierten Augenablenkung nach links abgelöst wurde. In dem von Ullrich berichteten Falle handelte es sich um einen Spasmus des linken M. rectus internus. Von Schweigger sind in seinen klinischen Untersuchungen über das Schielen (1881) 3 Fälle von Hysterie bekannt geworden, in denen es sich um Beweglichkeitsdefekte der Externi im Verein mit Kontrakturen der Interni handelte. Es sind ferner in den Fällen, die von Ballet, Bristowe, Morax, Raymond und König in ihren Arbeiten angeführt sind, hysterische Ophthalmoplegien beobachtet. Letztere äußern sich nach diesen Autoren durch einen völligen Verlust der willkürlichen Bewegungen und durch das wenigstens teilweise Erhaltensein der automatischen- und Reflexbewegungen, der „unbewußten Bewegungen". Morax (Arch. de Neurol., 1889) bringt diese Bewegungsstörungen gerade-

zu mit denjenigen bei der Abasie in Zusammenhang, weshalb Raymond und König (Annal. d'ocul., 1898) auch hier von einer wirklichen Paralyse der Muskeln nichts wissen wollen, auch das Fehlen der Mydriasis schließe eine Ophthalmoplegie im wahren Sinne des Wortes aus.

Nonne und Beselin erwähnen zwei Fälle von Birdsall und Mittendorf (Centralbl. f. klin. Med, 1887), bei denen eine mehrere Tage hindurch bestandene Lähmung der äußeren Augenmuskeln vorhanden war, die andere Nervengebiete unbeteiligt ließ; Akkommodation, Pupillenfunktion und die Sehkraft waren normal geblieben; Binswanger vermutet, daß diese Beobachtungen mit transitorischen Spasmen der äußeren Augenmuskeln in naher Beziehung stehen.

Eine vollständige Ophthalmoplegia exterior auf hysterischer Basis wurde von Gasparini (Annali di Ottalm. XXV, p. 550) beobachtet. Es handelt sich um ein 24-jähriges Mädchen, welches in der Jugend an Migräne, seit 3 Monaten aber an beständigen Kopfschmerzen litt. Am linken Auge trat zuerst Ptosis, dann Exophthalmus und Diplopie auf, und der Bulbus konnte außer ein wenig nach außen sonst nach keiner Richtung bewegt werden. Pupille und Akkommodation waren normal. Grün wurde auf diesem Auge unsicher erkannt, auf dem andern dagegen war das Gesichtsfeld für grün größer als für rot. In einem Monat wurde durch Elektrizität und Jod mit Brom vollständige Heilung erzielt. Das Verhalten der Farbenempfindung und die erzielte Heilung ließen die Diagnose auf Hysterie stellen. Einen ähnlichen Fall beobachtete Eissen (klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXVIII 428, Fall 2). Bei dem betreffenden Patienten hatte die Erkrankung mit Neuralgien eingesetzt, woran sich Defekte in den Leistungen der Augenmuskeln anschlossen; und zwar machte sich in dieser Beziehung zuerst der M. rectus internus geltend, worauf die vom Okulomotorius versorgten äußeren Augen-

muskeln sowie der M. levator folgten. Die inneren Augenmuskeln und der Augenhintergrund waren normal. Das Gesichtsfeld zeigte konzentrische Einschränkung für Farben. Nach geraumer Zeit verschwand die Konvergenz und die Ptosis, und das Auge nahm eine starke Divergenzstellung ein. Durch Suggestion und Elektrizität wurde Patient geheilt.

In der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medizin berichtet Prof. Westphal-Bonn über einen Fall von hysterischer Kontraktur der äußeren Augenmuskeln bei einer traumatischen Psychoneurose. Ein 26jähriger Mensch hatte eine Schädelverletzung erlitten, und daraufhin hatten sich psychische und nervöse Störungen bei ihm eingestellt. Auf psychischem Gebiet waren damals die Zeichen der traumatischen Seelenstörung, Gedächtnisdefekte und eine mit zahlreichen Klagen verbundene hypochondrische Stimmung bei dem Patienten vorhanden. Er klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, heftiges Herzklopfen und starkes Schwitzen.

Besonderheiten zeigten sich an den Augen; der linke Bulbus stand einwärts rotiert, oft in extremer Konvergenzstellung.

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob es sich vielleicht um eine linksseitige Abducenslähmung mit sekundärer Kontraktur des M. rectus internus handele; jedoch die Bewegungsprüfung des Bulbus ergab, daß eine Lähmung ausgeschlossen werden mußte. Wie von Westphal weiter mitgeteilt wird, zeigte sich bei diesen Bewegungen die bemerkenswerte Erscheinung, daß, sowie der Bulbus die Mittellinie nach links überschritten hatte, ruckweise zuckende Muskelzuckungen auftraten, die den Bulbus wieder in seine ursprüngliche Konvergenzstellung zurückzuziehen suchten. Westphal nimmt an, daß diese abnormen Beweglichkeitsverhältnisse auf Kontrakturzuständen äußerer Augenmuskeln, speziell des linken M. rectus internus beruhen, die im Zu-

sammenhang mit den übrigen Erscheinungen in das Kapitel der Hysterie gehören. Auch auf dem rechten Auge war nach einiger Zeit eine Bewegungsstörung zu konstatieren; die Untersuchung zeigte, daß auch auf diesem Auge eine Muskelkontraktur bestand. In einem dem unsrigen ähnlichen Falle machte Westphal die Beobachtung, daß eine komplette Ophthalmoplegia exterior durch hysterische Augenmuskellähmungen vorgetäuscht wurde. Von Sänger und Wilbrand sind Fälle von hysterischer Ptosis beschrieben, bei denen auch die Bulbi erhebliche Störungen in ihren Bewegungen darboten. Die Bewegungslosigkeit in dem einen Falle wurde in der Chloroformnarkose aufgehoben, der andere Fall hat mancherlei Beziehung zu unserer Beobachtung. Es handelt sich hier um ein hysterisches junges Mädchen, deren linkes Oberlid schlaff über dem linken Auge herabhängt. Die rechte Lidspalte ist fast ganz geschlossen und nur das Oberlid hier durch Kontraktion des rechten Frontalis gehoben. Wenn das linke Augenlid gelüftet wird, so sieht man den Bulbus eine Stellung nach innen oben festhalten, ohne daß Patientin zu bewegen wäre dem Bulbus eine andere Stellung zu geben. Läßt man das linke Lid wieder heruntersinken und fordert man das Mädchen auf mit dem rechten Auge einen Gegenstand zu fixieren, so kann man durch das dünne, schlaffe linke Oberlid die Bewegungen des Bulbus erkennen, die dann völlig normal und denen des rechten Auges assoziiert sind. Beim Aufheben des rechten Oberlides steht der Bulbus in normaler Stellung. Zu andern Zeiten ist Patientin nicht imstande, bei gewaltsam geöffnetem linken Auge den Bulbus zu bewegen, so daß man den Eindruck empfängt, als bestände hier eine vollständige Ophthalmoplegia exterior, während sie bei geöffnetem rechten Auge dem Finger soweit folgt, wie die Lidspalte klafft. Öffnet man beide Augen gewaltsam, so stehen beide Bulbi unbeweglich in leichter Konvergenzstellung. Die Heilung ist durch Suggestion erfolgt.

In unserem Falle, der in der hiesigen Klinik beobachtet wurde, waren die Augenmuskelstörungen die Spätsymptome einer bereits vor mehreren Jahren in die Erscheinung getretenen traumatischen Neurose.

Vorgeschichte.

Am 11. Dezember 1900 war der Arbeiter A., der bis dahin, soweit die Akten ergeben, gesund und völlig erwerbsfähig war, mit zwei andern Arbeitern beschäftigt, eine Eisenplatte auf dem Vorderteil eines im Bau befindlichen Schiffes zwischen zwei Stränge zu befestigen. Durch Unvorsichtigkeit des einen Mitarbeiters fiel die Platte dem A. auf den linken Unterschenkel und Fuß. A. äußerte von Anfang an abnorm große Schmerzen, die Dr. C. in einem Gutachten auf ein Mitbetroffensein der Nerven bezog. Der Bruch heilte im übrigen normal, doch blieb eine sehr hartnäckige Nervenlähmung zurück. Die Wadenmuskulatur reagierte im Februar 1901 noch nicht auf den elektrischen Strom, sie war stark atrophisch. Seit Mitte März 1901 trat unter Massage, Elektrisieren u. a. soweit Besserung ein, daß die elektrische Reaktion wiederkehrte, wenn auch die Muskulatur noch dünn und schlaff war. Wegen einer aufsteigenden Nervenentzündung im Anschluß an den Knochenbruch wurde A. dann auf Veranlassung Dr. C.'s am 17. Juli 1901 in die chirurgische Klinik zu Kiel gebracht.

In einem Gutachten vom 2. September 1901 führt Dr. B. aus, A. habe bei der Aufnahme in der Klinik über Lähmung im linken Bein, Schmerzen in der Muskulatur und im Fußgelenk, sowie Empfindungsstörungen in der linken Körperhälfte, Kreuz- und Kopfschmerzen geklagt, die nach der Verletzung aufgetreten seien. Die körperliche Untersuchung ergab an den inneren Organen und auch im Bereiche des Empfindungsvermögens nichts Abnormes. A. konnte angeblich nicht grade stehen, trat beim Gehen nur

mit dem rechten Fuß auf, während links höchstens die Fußspitze den Boden berührte. Das linke Bein ist erheblich dünner als das rechte. Muskulatur des linken Ober- und Unterschenkels schlaff. Linker Fuß steht in Klumpfußstellung. Aktive Bewegungen, die bei der Aufnahme fast unmöglich waren, können jetzt etwas ausgeführt werden, doch ist eine aktive Hebung des Beines in gestreckter Stellung unmöglich, es kann auch nicht im Knie gebeugt an den Körper herangezogen werden; passiv sind sämtliche Bewegungen frei: elektrische Erregbarkeit für faradischen Strom überall gut. Dr. B. nimmt daher eine Atrophie der linken Beinmuskulatur infolge Untätigkeit an und meint, daß A. mit allen Mitteln bestrebt sei die Schwäche zu vergrößern. Er strenge nie sein Bein an, behaupte dazu außerstande zu sein, doch fehle, da die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Mukeln normal sei, jede tatsächliche Grundlage dafür. Außerdem spreche für die Unrichtigkeit von A.'s Angaben, daß er für gewöhnlich den linken Oberschenkel gar nicht gegen die Hüfte zu beugen vermochte, dagegen einmal, als man ihn mit einer Nadel am Unterschenkel berührte und ein zweites Mal, als ein starker elektrischer Strom an die Fußsohle gebracht wurde, das Bein so heftig anzog, daß es nur mit großer Mühe zu strecken war. Das erweise, daß A. sehr simuliere.

A. ließ sich darauf wegen einer Berufung in Rentenangelegenheiten beim Reichsversicherungsamt von Dr. B. (Flensb.) ein Attest ausschreiben, in dem letzterer mitteilt, daß A. an einer durch Knochenbruch entstandenen Nervenverletzung leide, welche hochgradige Störungen im Gebrauch des Beines zur Folge habe. Außerdem seien allgemeine Nervenstörungen vorhanden, die mit dem Unfall in Zusammenhang ständen, so daß A. eine höhere als die von Dr. B. (chir. Kl.) vorgeschlagene Rente beanspruchen könnte. Darauf wurde A. zur nochmaligen Begutachtung der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel überwiesen.

Krankengeschichte.

Anamnese: Früher gesund gewesen; Mutter und Schwester litten an Krämpfen; drei gesunde Kinder. A. gibt den Unfall an, wie er bereits mitgeteilt ist. Seitdem könne er mit dem linken Bein nicht mehr gehen, habe beim Aufsetzen, besonders aber auch in der Ruhe Schmerzen in demselben bis zur Hüfte hinauf, in der ganzen linken Seite bis in den Kopf hinein; die rechte Seite sei gut. Arbeiten könne er seit dem Unfall nicht, auch das Sitzen könne er nicht aushalten, weil er immer am linken Gesäß Schmerzen habe.

Status: Mittlerer Ernährungszustand. Pupillen mittelweit, gleich; Augenbewegungen frei. R/L +, R/C +. Zunge kommt gerade heraus, zittert sehr. Gaumen- und Rachenreflex vorhanden. Conjunktival- und Cornealreflex +. Bei Lidschluß Zittern im Orbicularis oculi. Perkussion des Kopfes wird als schmerzhaft bezeichnet. Die Untersuchung von Lungen und Herz ergibt keine Besonderheiten.

Die Herztöne sind rein; Puls 68; Leber und Milz sind nicht vergrößert. Reflexe der oberen Extremitäten sind lebhaft. Abdominal- und Cremasterreflex ebenfalls deutlich. Plantarreflex dagegen undeutlich. Kniephänomen lebhaft, Achillessehnenreflex nicht so deutlich; Romberg negativ. Kein Patellar-, kein Fußklonus. In der gesamten Körpermuskulatur starke fibrilläre Zuckungen; vasomotorisches Nachröten ist deutlich; mechanische Muskelerregbarkeit ist erhöht; aktive und passive Bewegung der Arme frei. Rechtes Bein frei beweglich; linkes Bein hebt Patient nicht hoch, benutzt es nur, um es auf Aufforderung zu heben; Bewegung im linken Fußgelenk beschränkt; dauernde Schmerzen im ganzen linken Bein; linker Unterschenkel und Fuß fühlen sich kühler an als rechterseits. Jede Art der Berührung wird beiderseits gleich gut empfunden. Beim Gehen schont Patient das linke Bein sehr, läßt sich stark auf das rechte fallen.

6. XI. P. hat gut geschlafen, Albumen 0, Sacch. 0.

7. XI. Nach Einnahme von 50 g Traubenzucker fallen die Zuckerproben (Trommer, Moore, Nylander) positiv aus. Die Klagen sind unverändert.

8. XI. Sacch. +.

9. XI. Sacch. +.

10. XI. Rötung am linken Fuß, besonders nach dem Gehen deutlich; die Temperatur des linken Fußes ist niedriger als die des rechten. Schmerzen bestehen dauernd in der ganzen linken Seite; beim Gehen Verschlimmerung, kann wegen Schmerzen nicht lange sitzen. Urin: Sacch. 0.

11. XI. Dauernd die gleichen Klagen, vor allem über Schmerzen in der linken Seite bis zur Schulter hinauf, auch über Kopfschmerzen. Kein Schwindel, kein Ohrensausen. Bei Druck auf den Unterschenkel starke Schmerzen; Puls vor Druck 17, bei Druck 20 in der Viertelminute; Puls für gewöhnlich zwischen 70 und 80; heute in der Ruhe in einer Viertelminute 17, nachdem er durch den Saal hin und her gegangen 22 in derselben Zeit.

12. XI. Nach 25 g Traubenzucker, die im Laufe des gestrigen Tages genommen sind, besteht heute morgen keine Reduktion des Urins. Um 10 Uhr wurden 50 g Traubenzucker gereicht und um 12 Uhr konnte bereits Saccharum im Urin nachgewiesen werden.

14. XI. P. ist ungeheilt entlassen.

Aus dem Gutachten, welches darauf von der Klinik abgegeben wurde, mag folgendes erwähnt werden: In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Untersuchung in der chirurg. Klinik konnte auch jetzt bei A. eine Inaktivitätsatrophie festgestellt werden. Es finden jedoch die Klagen A.'s in der Abmagerung und Schwäche des linken Beines nicht ihre genügende Erklärung; denn A. klagt nicht nur über Schwäche, sondern auch besonders über Schmerzen im linken Bein und in der ganzen linken Seite, über Schwäche im linken Arm, sowie über Kopf-

schmerzen. Man wird somit vor allem genau festzustellen haben, ob neben dem Muskelschwund am linken Bein nicht noch Störungen anderer Art bei A. bestehen, die etwa in Beziehung zu seinen Klagen stehen könnten. Wir finden nun einmal einen beträchtlichen Temperaturunterschied zwischen dem rechten und linken Fuß und weiter eine auffallende blaurote Verfärbung des linken Fußes, Erscheinungen, die vor allem in dieser Stärke nicht zu den regelmäßigen Begleiterscheinungen des Schwundes durch Nichtgebrauch gehören. Ferner konnte man eine Steigerung der Reflexe, besonders der Kniescheibenreflexe feststellen, von denen der linke lebhafter als der rechte ist, häufiger feine Muskelzuckungen am ganzen Körper, Zittern der Zunge und im Augenschließmuskel bei Lidschluß, vasomotorisches Nachröten und mechanische Muskelerregbarkeit, Befunde, die in ihrer Gesamtheit mit Bestimmtheit auf eine Erregbarkeitsänderung des Nervensystems hinweisen. Derartige Störungen begegnen uns bei den sog. funktionellen Neurosen, insbesondere bei der Hysterie und Neurasthenie. Wir können mit Recht annehmen, daß sich bei A. neben der Inaktivitätsatrophie eine Neurose, am ehesten eine Hysterie im Anschluß an den Unfall entwickelt hat: für das Bestehen einer solchen passen die Beschwerden A.'s aufs beste. Man könnte noch auf die bemerkenswerte Tatsache hinweisen, daß bei A. nach Einführung von 50 g Traubenzucker schon nach 2 Stunden Saccharum im Urin nachzuweisen war: nach verschiedenen zuverlässigen Veröffentlichungen ist eben die Unfähigkeit, eingeführte Zuckermengen zu verdauen, bei Neurosen nach Trauma erheblich häufiger als bei andersartigen Neurosen. Es liegen demnach eine ganze Reihe von wichtigen Gründen für Annahme einer Kombination von Inaktivitätsatrophie und Hysterie bei A. vor.

Am 17. März 1903 kommt A. auf Anordnung der Berufsgenossenschaft wieder zur Beobachtung in die Klinik.

Er gibt an, daß sein Zustand sich nicht geändert habe; stets habe er Schmerzen in der ganzen linken Seite, besonders in der Hand, die schwach sei, und im Bein, auch der ganze Kopf tue weh. Befund: Mäßiger Ernährungszustand; Pupillen mittelweit, gleich. R/L +, R/C +, A. B. frei. Facialis frei; Zunge kommt gerade heraus, zittert aber: Gaumen- und Rachenreflex +. Zittern im Orbicularis oculi bei Lidschlag: geringes Schwanken bei Lid- und Fußschluß. Puls 68, regelmäßig, von mittlerer Spannung. Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft; aktive Bewegung beider Arme frei; beim Stehen tritt in beiden Händen Zittern auf, besonders links. Druck auf die Muskulatur des linken Armes wird als schmerzhaft bezeichnet; ebenso auf der ganzen linken Seite und zwar in noch höherem Grade als früher. Das rechte Bein hebt Pat. gut, das linke zieht er beim Heben im Hüftgelenk an, mit gleichzeitiger Beugung im Knie. Bewegungen im Fußgelenk sind beschränkt; der linke Fuß ist an allen Rändern blaurot verfärbt, fühlt sich kälter an als der rechte. In der Muskulatur der Brust und des rechten Oberschenkels starke fibrilläre Zuckungen, am linken Bein auffallend wenig. Wiederholt Zittern und Zusammenfahren im ganzen Körper, starkes vasomotorisches Nachröten, erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit. Abdominal- und Cremasterreflex lebhaft, Kniephänomen deutlich, links > rechts, beiderseits Andeutung von Patellarklonus, Achillessehnenreflex +, Urin o. B.

24. III. Patient ist elektrisiert und macht Gehübungen; klagt über sehr heftige Schmerzen schon bei leiser Berührung und jeder Bewegung; infolge der Schmerzen hat er immer schlecht geschlafen, er sieht elend aus.

1. IV. Trotz Elektrisierens, Massage und Gehübungen keine Besserung; die Klagen sind dieselben wie früher.

11. IV. Pat. klagt über brennende Schmerzen, die auch in der Ruhe beständen, in der ganzen linken Seite; er

hat dauernde Kopfschmerzen; er wird ungeheilt entlassen. Patient verzog darauf aufs Land, um dort Linderung seines Leidens zu suchen. Er mußte sich jedoch auf Anordnung der Berufsgenossenschaft bald wieder in ärztliche Behandlung begeben, welche allerdings wiederum ohne jeden Erfolg verlief, so daß von Dr. R. (Oldesloe) folgendes Gutachten erstattet wurde: Bei der Aufnahme klagte A. über ziehende Schmerzen im linken Fuß und Unterschenkel, die bis in den Kopf hinauf zögen. Er habe immer Kopfschmerzen, das Denken falle ihm schwer; er sei stets traurig gestimmt, oft habe er ganz schlimme Gedanken, könne sich mit andern Leuten nicht gut unterhalten. Das lange Sehen auf einen Punkt könne er nicht vertragen, es werde alles dunkel vor den Augen. Beim Gehen störten ihn die Schmerzen, er könne einen Stock nicht entbehren. Der linke Arm sei viel schwächer geworden. Seit 2½ Jahren machten sich die Schmerzen auch im rechten Arm bemerkbar, insbesondere in der Form von Kribbeln und Ziehen im Fuß; arbeiten könne er gar nicht. Befund: A. sieht elend aus; er hebt das linke Bein stark in der Hüfte und schleudert den Unterschenkel im Kniegelenk nach vorn. Hochgradige Abmagerung des linken Beines, bläuliche Verfärbung der Haut. Druck auf die Wadenmuskulatur ruft Schmerzäußerung hervor; vasomotorisches Nachröten deutlich. Das Verhalten des A. war ordnungsgemäß, seine Angaben machten einen wahrheitsgetreuen Eindruck und wurden durch den Befund gestützt. Die Behandlung mit Solbädern hatte nicht den geringsten Erfolg, die Schmerzen wurden vielmehr gesteigert dadurch. Bezüglich der Diagnose schließt sich Gutachter den Ausführungen Dr. M.'s aus der hiesigen Klinik an.

Am 4. Februar 1907 wird A. von der Berufsgenossenschaft wieder zur Nachuntersuchung resp. Behandlung der hiesigen Klinik überwiesen. Bei der Untersuchung wird ganz leichtes Beklopfen des Schädels angeblich stark

schmerzhaft empfunden; bei Druck auf die 2 cm lange Narbe am linken Scheitelbein vergißt er zunächst das Zusammenzucken. Bei der Pupillenuntersuchung blinzelt er bei Annäherung des Lides stark, wendet sich ab, er kann die Augen nicht aufhalten. Pupillen mittelweit, gleich. R/L +, R/C +, A. B. frei, beim Blick nach außen vereinzelte Zuckungen der Bulbi: Facialis intakt. Zunge kommt gerade, zittert etwas; Gaumenbogen gleichmäßig gehoben, Rachen gerötet, Rachenreflex lebhaft. Mechanische Muskelerregbarkeit ist gesteigert; vasomotorisches Nachröten ist vorhanden. Abdominalreflex +, Cremasterreflex nicht deutlich. Leichter Tremor manuum; Reflexe der oberen Extremitäten +; kein Plantarklonus, kein Fußklonus. Als die Beine übereinander gelegt werden, schreit Pat. auf, verdreht sich ganz, kann aber aktiv die Beine ohne Beschwerden übereinander bringen. Patient kommt leicht vom Untersuchungstisch, zieht die Pantoffeln an, indem er sich aufs rechte Bein stellt. Romberg 0, beim Öffnen der Augen fängt er an zu schwanken. Puls 108, gespannt, gleichmäßig. Leib angeblich in der Magengrube druckempfindlich; während der Untersuchung kein Zittern, keine fibrillären Zuckungen; A. zieht sein Hemd ohne Schwierigkeiten an. Er gibt an, es habe ihm seit der Entlassung gut gegangen, er habe aber nicht gearbeitet; er habe keine Kraft im Körper, es tue ihm im linken Bein und im Kreuz weh. Es brenne im Nacken und im Kopf, überhaupt im ganzen Körper. Das Denken sei nicht so gut wie früher; wenn er etwas schreiben wolle, könne er die Wörter nicht zusammensetzen. Manchmal leide er an Schwindel, sei „dösig", habe keinen Halt im Körper; wenn er ganz allein sei, habe er mitunter Angstgefühl.

6. II. Die Kopfschmerzen seien heftiger geworden; es klopfe geradezu im Kopf. Bei Druck auf die Bruchstelle am Unterschenkel steigt der Puls unter dem Stöhnen und unregelmäßigen Atmen des Patienten von 96 auf 120 in der Minute.

7. II. Bei der Geschmacksprüfung erkennt er nur „bitter“ richtig, die anderen Qualitäten bezeichnet er sogar nach Zurückziehen der Zunge falsch. Die elektrische Erregbarkeit ist für beide Stromesarten an beiden Beinen gut. Stimmung ist im ganzen eine schlechte.

9. II. Patient hat gut geschlafen, Appetit ist befriedigend; A. beschäftigt sich mit Lesen.

10. II. Gebessert entlassen.

Am 1. Dezember 1908 kommt A. zum vierten Male zur Untersuchung; es werden jetzt zum ersten Male die Augenstörungen bei ihm beobachtet. Das Ergebnis der Untersuchung ist folgendes:

A. kann angeblich die Augenbrauen nicht heben, beide Lider hängen etwas. Die Bulbi kann er angeblich gar nicht bewegen, wohl aber hebt er die Lider bei abgelenkter Aufmerksamkeit und bewegt auch die Bulbi konjugiert nach allen Seiten frei. Convergenz ist nicht zu prüfen, Pupillen sind gleich, mittelweit, rund; Facialis ziemlich gleichmäßig innerviert; Zunge kommt ziemlich gerade, sie zittert nicht. Schädel ist überall druck- und klopfempfindlich. Gaumenbogen ist gleichmäßig gehoben; lebhafter Rachenreflex, wobei die Bulbi in Endstellung gehen; leichter Tremor manuum. Triceps-, Biceps-, Periostreflexe sind lebhaft. Mechanische Muskelerregbarkeit ist stark erhöht; vasomotorisches Nachröten ist deutlich. Wenn man mit Patient spricht, fixiert er einen. Kniephänomen ist lebhaft, Achillessehnenreflex +. Jede Berührung an Armen und Beinen angeblich schmerzhaft. Patient schleppt beim Gehen das linke Bein nach, bei geschlossenen Augen läßt er sich langsam hintenüber fallen. Die Sprache ist nicht gestört, etwas absetzend. Abdominal-, Cremasterreflexe schwach. Nach der Untersuchung hält sich A. den Kopf und stöhnt.

2. XII. Leib angeblich überall bis in die Nabelgegend druckempfindlich, Pat. stöhnt fortwährend bei der

Untersuchung; er kann heute angeblich mit dem linken Fuß nicht auftreten; Augenbewegungen sind angeblich unmöglich; im Gespräch und sonst bei abgelenkter Aufmerksamkeit bewegen sich die Bulbi völlig ungehindert.

Pat. klagt über Schmerzen im ganzen Körper, immerfort zittere es von der Fußsohle beiderseits an der Rückseite des Beines hinauf bis in den Kopf. Fortwährend hat er Schmerzen in der Stirn. Im Laufe der Unterhaltung, wobei Pat. von zwei schräg rechts und links von ihm sitzenden Untersuchern abwechselnd gefragt wird, blickt er prompt mit den Augen bald nach diesem, bald nach jenem hinüber. Plötzlich besinnt er sich und blickt nun dauernd steif geradeaus zwischen den beiden Untersuchern hindurch, ohne bei den folgenden Fragen einen von ihnen mehr zu fixieren.

3. XII. A. zeigt eine klägliche Miene; die Augenmuskellähmung wird beibehalten, obwohl er die Augen vollständig in die seitliche Endstellung bringt, als die Visite den Saal verläßt und A. den Ärzten seitlich nachsieht.

4. XII. A. hat heute Nacht besser geschlafen; die elektrische Untersuchung der Beine ergibt für direkte und indirekte Reizung keine Besonderheiten.

5. XII. Der Augenbefund der Augenklinik ist folgender: Sehschärfe beiderseits normal, Akkommodation entsprechend; Pupillen sind leicht different, Reaktion prompt. Augenbewegungen reflektorisch bei Kopfbewegungen vollkommen frei; Spontanbewegungen nach allen Seiten beschränkt. Cornealreflex beiderseits herabgesetzt; Gesichtsfeld beiderseits konzentrisch eingeengt. Augenhintergrund ist normal.

6. XII. Heute Nacht wenig geschlafen wegen Schmerzen im Unterleib und in den Beinen. In der linken Hand war heute morgen ein „schneidendes, schmerzhaftes Gefühl wie von einem Messer".

9. XII. Bisher ist Pat. immer untätig gewesen. Auch heute schlägt ein Versuch, A. zum Bohnern zu bewegen, völlig fehl. In gleichmütigem Tone sagt er: „Ich kann nicht, ich habe Schmerzen".

10. XII. A. ist heute den ganzen Tag schlaff und liegt klagend zu Bett.

15. XII. Pat. läßt sich durch kein Zureden bewegen, seinen Augen eine andere Stellung zu geben.

16. XII. A. wird nach Hause entlassen.

Werfen wir zum Schlusse einen Rückblick auf diese Beobachtungen:

Der Werftarbeiter A., welcher sich bei der Arbeit eine Unterschenkelverletzung zugezogen hat, erkrankt unter den Erscheinungen der traumatischen Neurose. Pat. zeigt einen dauernd kläglichen Gesichtsausdruck, in dem sich eine gleichmäßige, mißmutige, energie- und willenlose Psyche spiegelt. Von sonstigen nervösen Symptomen finden wir stark erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit, vasomotorisches Nachröten, Kopfschmerzen bei leisester Berührung sowie eine überall erhöhte Schmerzempfindung. Das interessanteste Symptom bei diesem Patienten ist aber die Störung in der Augenmuskulatur. Bei der erstmaligen Beobachtung wird man zunächst an eine beiderseitige Lähmung der Bulbusmuskeln denken. Jedoch ist diese Augenmuskelstörung keine ununterbrochene, sondern sie ist vielmehr nur unter gewissen Bedingungen vorhanden, zu Zeiten ist sie vollständig beseitigt. Sobald nämlich durch irgendwelche Maßnahmen die Aufmerksamkeit des Patienten abgelenkt wird, kann die Beobachtung gemacht werden, daß beiderseits die Bulbi ungehindert in ihre Endstellung gehen, falls A. sich dagegen beobachtet fühlt, sind und bleiben die Bulbi unbeweglich. Diese Darstellung beweist uns, daß die vorhandene Augenmuskelstörung eine psychisch bedingte ist. Entspricht nun aber diese Funktionsstörung einer Kontraktur oder einer wirklichen Lähmung?

Offenbar haben wir es hier mit Kontrakturen zu tun; der rasche Wechsel zwischen völliger Bewegungslosigkeit und plötzlicher unbehinderter Bewegungsfreiheit der Augen macht das Vorhandensein von Lähmungen in den Bulbusmuskeln unwahrscheinlich.

Zweifellos bilden durch psychische Einflüsse bedingte Innervationsstörungen die Ursache dieses auffallenden Augensymptoms. Wenn die Frage der Simulation und Aggravation hier noch gestreift werden soll, so können wir wohl mit Sicherheit auf Grund der mehrfachen genauen Beobachtungen eine Simulation ausschließen; jedoch müssen wir unter Berücksichtigung der vielen mannigfachen Klagen seitens des Patienten zugeben, daß die Aggravation in diesem Falle nicht eine allzusehr untergeordnete Rolle spielt.

* * *

Zum Schlusse möchte ich für die freundliche Überlassung dieser Arbeit meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling meinen besten Dank aussprechen.

Literatur.

Oppenheim, Lehrb. d. Nervenkrankheit. Berlin 1905.

Binswanger, Die Hysterie. Wien 1904.

Wilbrand u. Sänger, Die Neurologie des Auges. Wiesbaden 1900.

Deutsche Medizin. Wochenschr. 1905.

Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie und psychiatr.-gerichtl. Medizin. Berlin 1906.

Vita.

Am 30. Juli 1882 wurde ich als Sohn des verstorbenen Arztes Dr. med. Schüren zu Emden (Ostfriesland) geboren. Ich bin evangelischer Konfession. Ich besuchte das Kgl. Wilhelms-Gymnasium zu Emden, wo ich Ostern 1903 das Abiturientenexamen bestand.

Darauf studierte ich in Marburg und Kiel Medizin, bestand in Kiel im Sommer 1906 das Tentamen physicum.

Die weitere Studienzeit verbrachte ich in Kiel und in Berlin und bestand im Wintersemester 1908/09 in Kiel das medizinische Staatsexamen.